



# Northeast Valley Health Corporation

a california *health+* center

|                        |                   |                      |
|------------------------|-------------------|----------------------|
| Date of Service: _____ | Time: _____       | Loc: _____           |
| Patient Name: _____    | Chart # _____     |                      |
| Address: _____         | City: _____       |                      |
| Home: (____) _____     | Emg: (____) _____ |                      |
| DOB: ____/____/____    | Sex: _____        | Age: ____ Act# _____ |
| Ins. Plan: _____       |                   |                      |

(PLACE LABEL HERE)

### SLIDING FEE DISCOUNT PROGRAM COVER SHEET (Spanish)

Usted ha aplicado \_\_\_\_\_ para el siguiente programa en Northeast Valley Health Corporation:

- Community Health Center Sliding Fee Discount (medico, psiquiátrico, nutrición/educación, L&D, etc, (330 CHC)
- Ryan White Sliding Fee Discount
- Dental Sliding Fee Discount (330 CHC)
- Pharmacy Discount Program (330 CHC)
- Title X
- Mammogram (330 CHC) o ver si el paciente califica a EWC/CDP

Para completar la solicitud, debe presentar TODOS los siguientes documentos dentro de los 10 días posteriores a la fecha de la solicitud \_\_\_\_\_.

**Ingrese la fecha de expiración**

**Si no se sigue el proceso de solicitud, todas las tarifas por los servicios proporcionados durante los últimos 10 días se le cobrarán a nuestras tarifas habituales y sin ningún descuento y se deberán abonar inmediatamente a NEVHC.**

#### DOCUMENTOS A PRESENTAR:

- Comprobante de ingresos (cualquiera o todos los siguientes serán aceptados)**
  - a. Tres talones de cheque más recientes
  - b. Última declaración de impuestos con el formulario 1040 ó 1099 ó plan de negocios C
  - c. Aviso de la agencia gubernamental que indica la cantidad de beneficios (discapacidad, GR, desempleo)
  - d. Carta del empleador indicando horas, salarios, frecuencia de trabajo
  - e. Carta de jubilación o pensión de un anterior empleador/Estado/Federal, etc.
  - f. El año más reciente del W2
  - g. Carta de desembolso de los fondos de la cuenta de jubilación
  - h. Declaración Jurada/Auto Declaración (último caso ver la póliza)
- Prueba de identificación (se aceptará cualquiera de los siguientes)\***
  - a. Identificación con foto emitida por el gobierno (DMV, CA ID, ID de la escuela)
  - b. Pasaporte
- Prueba de Domicilio o Residencia en el Condado\***
  - a. Carta sellada por el correo y dirigida a usted con su dirección
  - b. Identificación de CA o licencia de conducir

TRAIGA TODOS LOS DOCUMENTOS A: \_\_\_\_\_ (NAME OF SCREENER)

**Nota para el paciente: los documentos se copiarán y conservarán en el archivo para fines de auditoría solamente. Todos los documentos son estrictamente confidenciales y no se compartirán con ninguna agencia externa que no sea la agencia del programa que requiere que los documentos lo califiquen para el programa. (\*no es requisito para la elegibilidad del programa 330 pero para propósitos de asegurar que NEVHC tiene la información correcta del paciente)**

**Northeast Valley Health Corporation**  
**SLIDING FEE DISCOUNT PROGRAM ELIGIBILITY SCREENING FORM** (NEV-121 rev 2-19)

**Section A: Applicant information**

Name of Applicant: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Phone: \_\_\_\_\_ Alt Phone: \_\_\_\_\_

**Section B: Household information:**

| 1. Applicant | S.S.# | DOB | Relation to Applicant | Acct# / M R# |
|--------------|-------|-----|-----------------------|--------------|
| 2. Name      | S.S.# | DOB | Relation to Applicant | Acct# / MR#  |
| 3. Name      | S.S.# | DOB | Relation to Applicant | Acct# / MR#  |
| 4. Name      | S.S.# | DOB | Relation to Applicant | Acct# / MR#  |
| 5. Name      | S.S.# | DOB | Relation to Applicant | Acct# / MR#  |
| 6. Name      | S.S.# | DOB | Relation to Applicant | Acct# / MR#  |

**Total number in family supported by household income:** \_\_\_\_\_

**Section C: Household Income: list all dependents in the household 14 year of age or older**

| Family member # | Wages/Tips/self-employment | SSI | General Relief | CalWorks | Social Security/Retirement/Pension | Child Support | Alimony | Disability (SSDI) | Unemp/Workmans Comp | All Other Income |
|-----------------|----------------------------|-----|----------------|----------|------------------------------------|---------------|---------|-------------------|---------------------|------------------|
|                 | \$                         | \$  | \$             | \$       | \$                                 | \$            | \$      | \$                | \$                  | \$               |
|                 | \$                         | \$  | \$             | \$       | \$                                 | \$            | \$      | \$                | \$                  | \$               |
|                 | \$                         | \$  | \$             | \$       | \$                                 | \$            | \$      | \$                | \$                  | \$               |
|                 | \$                         | \$  | \$             | \$       | \$                                 | \$            | \$      | \$                | \$                  | \$               |
|                 | \$                         | \$  | \$             | \$       | \$                                 | \$            | \$      | \$                | \$                  | \$               |
|                 | \$                         | \$  | \$             | \$       | \$                                 | \$            | \$      | \$                | \$                  | \$               |
|                 | \$                         | \$  | \$             | \$       | \$                                 | \$            | \$      | \$                | \$                  | \$               |
| <b>TOTALS</b>   | \$                         | \$  | \$             | \$       | \$                                 | \$            | \$      | \$                | \$                  | \$               |

**Total Gross Household Monthly Income (all sources):**\$ \_\_\_\_\_

I certify that the above information is true and correct. I understand that I must report any changes in my income, family size or residence to this health center should anything change. Deliberate falsification will result in denial of future benefits.

Yo certifico que la información arriba mencionada es correcta y verdadera. Yo entiendo que debo reportar a la clínica cualquier cambio en mis ingresos, tamaño de la familia o residencia. Falsificación deliberada resultará en un rechazo de futuros beneficios.

\_\_\_\_\_  
 Applicant-Print Name  
 Escriba el Nombre del Apicante

\_\_\_\_\_  
 Applicant Signature  
 Firma del Apicante

\_\_\_\_\_  
 Date  
 Fecha

Name of the Screener: \_\_\_\_\_

**Section D: Sliding Fee Discount Program Eligibility**

Have patient initial the level of subsidy they have been assigned based on income determination.

**Federal Poverty Level Category:**

- A = 100% or less
- B = 100% + \$1 to 125%
- C = 125% + \$1 to 150%
- D = 150% + \$1 to 175%
- E = 175% + \$1 to 200%
- F = 200% + \$1 to 225%
- G = 225% + \$1 to 250%
- H = 250 % + \$1 to 300%
- I = >300%

**Patient Initials:**

- A: \_\_\_\_\_
- B: \_\_\_\_\_
- C: \_\_\_\_\_
- D: \_\_\_\_\_
- E: \_\_\_\_\_
- F: \_\_\_\_\_
- G: \_\_\_\_\_
- H: \_\_\_\_\_
- I: \_\_\_\_\_

**Patient Qualifies for: Check Appropriate Box**

- 330 CHC SFD-(service on form 5A) (A up to E)
- Title X (A-G)
- RW (A-I /VN Adult only)

Is Patient Homeless? \_\_\_YES \_\_\_NO (if YES, refer to Homeless program)

Over Income (Have Patient sign acknowledgement below)

**\* Eligibility period: FROM \_\_\_\_\_ TO \_\_\_\_\_ (Enter this certification into EPM)**

**\* Periodo de certificación DATE/FECHA DATE/FECHA**

\*This date is once applicant has finalized eligibility screening process (all documents submitted).

\*Esta fecha es una vez que el solicitante ha finalizado el proceso de selección de elegibilidad (todos los documentos presentados).

Signature of Applicant: \_\_\_\_\_

Firma del Apicante

**TEMPORARY ELIGIBILITY:**

You have been granted TEMPORARY ELIGIBILITY for a NEVHC sliding fee discount program.

Proof of income is required within 10 days of service. If I fail to bring in the required documents **within 10 days**, this will cause me to forfeit my eligibility for the sliding fee program and full payment for services rendered to date will be due in full. (See cover sheet for a list of documents due).

Se le ha otorgado ELEGIBILIDAD TEMPORAL para un programa de descuento de tarifa de NEVHC.

Se requiere comprobante de ingresos dentro de los 10 días del servicio. Si no llevo los documentos requeridos dentro de los 10 días, esto me hará perder mi elegibilidad para el programa de descuento de tarifa y el pago total de los servicios prestados hasta la fecha será total. (Consulte la hoja de portada para obtener una lista de documentos pendientes).

**Temp Eligibility period (10 days): FROM \_\_\_\_\_ TO \_\_\_\_\_ (Enter this certification into EPM)**

**Periodo temporal de elegibilidad (10 dias) DATE/FECHA DATE/FECHA**

Signature of Applicant: \_\_\_\_\_

Firma del Apicante

**OVER INCOME—NOT ELIGIBLE FOR SLIDING FEE DISCOUNT**

I have been informed that I do not meet the eligibility criteria for a sliding fee discount. I understand that if my income or family size changes, I may reapply for this program.

Me informaron que no cumplo con los criterios de elegibilidad para un descuento de tarifa. Entiendo que si mi ingreso o el tamaño de mi familia cambian, puedo volver a solicitar este programa.

Signature of Applicant: \_\_\_\_\_

Firma del Apicante

Date of Denial: \_\_\_\_\_

Fecha de Denegación